

عزيزي المريض،

المرفقة هي طلب المساعدة المالية الخاصة بـ BIDMC. يرجى ملء جميع المستندات المطلوبة وإعادتها بكاملها. قد تؤدي الطلبات غير المكتملة إلى رفض المساعدة المالية.

الموعد النهائي لإعادة الطلب هو 240 يومًا من إصدار أول فاتورة للخدمات التي يتم طلب المساعدة المالية عليها.

مركز بيت إسرائيل ديكونيس الطبي والشركات التابعة لها مكرسة لتقديم المساعدة المالية للمرضى الذين لديهم احتياجات رعاية صحية والذين لا يملكون تأمين صحي أو لديهم تأمين منخفض أو غير مؤهلين لبرنامج حكومي أو غير قادرين على دفع تكاليف الرعاية الطبية اللازمة بناءً على وضعهم المالي الفردي.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بالاستشارة المالية على الرقم المذكور أدناه.

شكرا لكم.

إعادة التطبيق إلى:

وحدة الاستشارات المالية  
Beth Israel Deaconess Medical Center  
East Campus/Rabb  
Room 111  
Brookline 330  
Boston, MA 02215  
5661-667 (617)

## طلب المساعدة المالية للرعاية الخيرية

يرجى الطباعة

تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_ الضمان الاجتماعي # \_\_\_\_\_

رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_  
الشارع \_\_\_\_\_ رقم الشقة \_\_\_\_\_

الرمز البريدي \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_

تاريخ خدمات المستشفى: \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد المريض \_\_\_\_\_

هل كان لدى المريض تأمين صحي أو مساعدة طبية Medicaid \*\* وقت تقديم الخدمة في المستشفى؟ نعم لا  
إذا كانت الإجابة بنعم ، أرفق نسخة من بطاقة التأمين (من الأمام والخلف) واستكمل الآتي:

اسم شركة التأمين: \_\_\_\_\_ رقم الوثيقة: \_\_\_\_\_

تاريخ السريان: \_\_\_\_\_ رقم هاتف التأمين: \_\_\_\_\_

\*\* قبل التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية ، يجب أن تكون قد تقدمت بطلب للحصول على المساعدة الطبية Medicaid في الأشهر الستة الماضية وستحتاج إلى إظهار دليل على الرفض.

**ملحوظة:** قد لا تطبق المساعدة المالية إذا تم إنشاء حساب توفير صحي (HSA) أو حساب تعويض صحي (HRA) أو حساب إنفاق مرن (FSA) أو صندوق مماثل مخصص للنفقات الطبية للأسرة. يستحق الدفع من أي صندوق تم إنشاؤه قبل تقديم المساعدة.

لتقديم طلب للحصول على مساعدة مالية أكمل ما يلي:

ضع قائمة بجميع أفراد الأسرة بما في ذلك المريض والوالدين والأطفال و / أو الأشقاء ، الطبيعيين أو المتبنين ، الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا والذين يعيشون في المنزل.

فرد العائلة	العمر	الصلة مع المريض	مصدر الدخل أو اسم صاحب العمل	الدخل الإجمالي الشهري
1.				
2.				
3.				
4.				

بالإضافة إلى طلب المساعدة المالية ، نحتاج أيضًا إلى المستندات التالية المرفقة بهذا الطلب:

- الإقرارات الضريبية الحكومية أو الفيدرالية الحالية
- النماذج الحالية W2 و / أو النماذج 1099
- أربعة (4) أحدث قوائم الرواتب
- أحدث أربعة كشوف حسابات تدقيق و / أو حساب توفير
- حسابات التوفير الصحية
- ترتيبات السداد الصحي
- حسابات النفقات المرنة

إذا لم تكن متوفرة ، يرجى الاتصال بوحدة الاستشارة المالية على (617) 667-5661 لمناقشة الوثائق الأخرى التي قد تقدمها.

بتوقيعي أدناه ، أقر بأنني قد قرأت بعناية سياسة المساعدة المالية والطلب وأن كل ما ذكرته أو أي وثائق أرفقتها حقيقية وصحيحة على حد علمي. أفهم أنه من غير القانوني تقديم معلومات خاطئة عن عمد للحصول على مساعدة مالية.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_

الصلة مع المريض: \_\_\_\_\_

تاريخ الإكمال: \_\_\_\_\_

إذا تم استكمال ذلك بأي شكل من الأشكال أو أبلغت عن دخل بقيمة 0.00 دولار في هذا الطلب ، فقم بإكمال بيان الدعم أدناه من قبل الشخص (الأشخاص) الذي يقدم المساعدة لك ولعائلتك.

#### بيان الدعم

لقد حددت من قبل المريض / الطرف المسؤول على أنني أقدم الدعم المالي. فيما يلي قائمة بالخدمات والدعم التي أقدمها.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

أقر بموجب هذا وأتحقق من أن جميع المعلومات المقدمة حقيقية وصحيحة على حد علمي. أفهم أن توقيعي لن يجعلني مسؤولاً مالياً عن النفقات الطبية للمريض.

التوقيع: \_\_\_\_\_ تاريخ الإتمام: \_\_\_\_\_

يُرجى الانتظار 30 يومًا من تاريخ استلام الطلب المكتمل لتحديد الأهلية.

إذا كنت مؤهلاً ، يتم منحك المساعدة المالية لمدة ستة أشهر من تاريخ الموافقة وهي صالحة لجميع الشركات التابعة لـ Beth Israel Lahey Health كما هو موضح في الملحق 5 من سياسات المساعدة المالية الخاصة بها:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-  
Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center,  
Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

للموظفين فقط.	
تم استلام الطلب من قبل:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>

تاريخ الاستلام:

